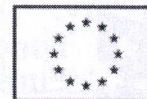




Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Siła Dziecka – Stabilna Rodzina” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik A do SIWZ Formularz oferty

Formularz oferty

Nazwa Wykonawcy.....

Adres (siedziba) Wykonawcy:	ul.	Nr
	Kod pocztowy: _-_-_-	miejsowość:

Cena za wykonanie zamówienia

1. Oferuję (my) wykonanie zamówienia pn. „Usługi społeczne - psychologiczne, terapeutyczne i defektologiczne na rzecz otoczenia i osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”

za łączną maksymalną cenę złotych brutto

(słownie:.....)

Cena brutto za 1 godzinę	Liczba godzin	Łączna cena
1	2	1*2
	72	
	Razem	

Gmina Tuszyn
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tuszynie
Pl. Wł.St. Reymonta 1, 95-080 Tuszyn
Tel/fax 42 614 34 92; 506 366 836
e-mail: mopstuszyn@wp.pl

Partner Projektu



Al. Piłsudskiego 133 d, 92 – 318 Łódź
tel./fax 42 676 34 87; 42 676 34 99
tel. kom. 603 482 028
e-mail: pcpr@lodzkiwschodni.pl

Lider Projektu



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Siłą Dziecka – Stabilna Rodzina” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Wykaz dla Kryterium Osób

Lp	Imię i nazwisko	Posiadane kwalifikacje (należy podać np. Specjalista defekotog / logopeda / osoba znająca język migowy)	Podstawa do dysponowania osobą*
P1			
P2			
P3			

1. *należy podać podstawę do dysponowania osobami wskazanymi w wykazie, np. umowa o pracę, działalność gospodarcza, pracownik podwykonawcy itp.

Warunku realizacji zamówienia

3.	Warunki płatności ²
4.	Termin realizacji zamówienia ³
5.	Oświadczam(y), że zaoferowana cena brutto podana w niniejszym formularzu zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.	
6.	Zamówienie wykonam(y) samodzielnie / zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom ⁴ (niepotrzebne skreślić). W przypadku zlecenia części zamówienia podwykonawcom : (nazwa/firma), zakres prac zleconych będzie obejmował (uzupełnić o ile dotyczy)	
7.	Oświadczam(y), że zapoznałem(liśmy) się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnoszę (imy) do niej zastrzeżeń, oraz że uzyskałem(liśmy) wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.	
8.	W przypadku udzielenia zamówienia zobowiązuję (emy) się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.	

Informacja Wykonawcy

o powstaniu u Zamawiającego obowiązku podatkowego w wyniku wyboru oferty Wykonawcy

Czy wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego

TAK / NIE
(wybrać odpowiednie)

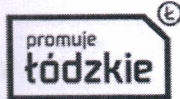
Gmina Tuszyn
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tuszynie
Pl. Wł.St. Reymonta 1, 95-080 Tuszyn
Tel/fax 42 614 34 92; 506 366 836
e-mail: mopstuszyn@wp.pl

Partner Projektu



Al. Piłsudskiego 133 d, 92 – 318 Łódź
tel./fax 42 676 34 87; 42 676 34 99
tel. kom. 603 482 028
e-mail: pcpr@lodzkiwscходni.pl

Lider Projektu



Projekt „Siłą Dziecka – Stabilna Rodzina” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Jeżeli faktury wystawione przez Wykonawcę za realizację przedmiotu zamówienia:

- będą zawierały cały odprowadzany w Polsce podatek od towarów i usług należy wybrać NIE,
- nie będą zawierały odprowadzanego w Polsce podatku od towarów i usług należy wybrać TAK.

W przypadku, gdy wybór oferty będzie prowadził do powstania u **Zamawiającego** obowiązku podatkowego (Należy wypełnić tylko w przypadku wyboru TAK)

wskazanie nazw (rodzajów) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług

wskazanie ich wartości bez kwoty podatku

_____ zł
_____ zł

Osoba do kontaktów

Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w czasie trwania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego jest: _____, tel. _____, fax.: _____ e-mail: _____

² Warunki płatności: można wpisać treść np. „zgodnie z warunkami określonymi w SIWZ”.

³ Termin realizacji zamówienia: można wpisać treść np. „zgodnie z warunkami określonymi w SIWZ”.

⁴ W przypadku powierzenia wykonania części zamówienia podwykonawcom należy podać co wchodzi w zakres powierzonych części

_____, dnia _____ 2017 r



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Siłą Dziecka – Stabilna Rodzina” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik B do SIWZ Wzory oświadczeń

Wykonawca:

.....
(pełna nazwa/firma, adres,

NIP/PESEL
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko

.....
(podstawa - dokument upoważniający osobę do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY¹
DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA
składane na podstawie art. 25a ust. 1 Ustawy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługi społeczne - psychologiczne, terapeutyczne i defektologiczne na rzecz otoczenia i osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łodzi, oświadczam, co następuje:

1. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 23 i ust 5 pkt 1 Ustawy w zakresie wskazanym w ogłoszeniu o zamówieniu i w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis Wykonawcy)

¹ w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie, każdy z nich składa Oświadczenie w zakresie w którym wskazuje, że nie podlega wykluczeniu
* niepotrzebne skreślić

Gmina Tuszyn
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tuszynie
Pl. Wł.St. Reymonta 1, 95-080 Tuszyn
Tel/fax 42 614 34 92; 506 366 836
e-mail: mopstuszyn@wp.pl

Partner Projektu



Al. Piłsudskiego 133 d, 92 – 318 Łódź
tel./fax 42 676 34 87; 42 676 34 99
tel. kom. 603 482 028
e-mail: pcpr@lodzkiwscходni.pl

Lider Projektu

Projekt „Siłą Dziecka – Stabilna Rodzina” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

**Załącznik B do SIWZ
Wzory oświadczeń**

Informacja o braku przynależności do grupy kapitałowej

Ja, niżej podpisany

.....

działając w imieniu i na rzecz (nazwa /firma/ i adres wykonawcy)

.....

oświadczam, iż:

nie należę do żadnej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (*Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.*)¹

_____, dnia _____ 2017 r.

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Wykonawcy

¹ W przypadku gdy Wykonawca należy do grupy kapitałowej, nie składa niniejszej informacji, natomiast zobowiązany jest do przedłożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej.

* niepotrzebne skreślić



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „Siłą Dziecka – Stabilna Rodzina” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik B do SIWZ
Wzory oświadczeń

Lp.	Imię i nazwisko	Funkcja	Wykształcenie	Doświadczenie zawodowe	Podstawa dysponowania
1		Psycholog o specjalizacji defektolog	wykształcenie wyższe kierunkowe oraz certyfikaty/zaświadczenia/inne dokumenty umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia	minimum 2 letnie doświadczenie umożliwiające przeprowadzenie danego wsparcia	Własny: 1. Działalność gospodarcza 2. Umowa o pracę* użyczony*

_____, dnia _____ 2017 r.

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)
do reprezentowania Wykonawcy

* niepotrzebne skreślić

Gmina Tuszyn
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tuszynie
Pl. Wł.St. Reymonta 1, 95-080 Tuszyn
Tel/fax 42 614 34 92; 506 366 836
e-mail: mopstuszym@wp.pl

Partner Projektu



Al. Piłsudskiego 133 d, 92 – 318 Łódź
tel./fax 42 676 34 87; 42 676 34 99
tel. kom. 603 482 028
e-mail: pcpr@lodzkiwschodni.pl

Lider Projektu